Nr 43. Kraków, 25 października 1919. Rok LVIII.

Redakcya: Kraków 9, Płuczki 28. Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolffa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 70 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: rocznie K 60·— półrocznie 30·—, kwartalnie K 15·—.

Jeden numer osobno kosztuje 1·20 K

Rok LVIII. Kraków, 25 października 1919 Nr. 43.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z Zakładu medycyny sądowej Uniwersytetu Jagiellońskiego (Dyrektor: Prof. Dr. L. Wachholz) i z pracowni bakteryologicznej Wojsk polskich (Kierownik: lek. kapitan Dr. M. Gieszczykiewicz) w Krakowie.

Rozpoznawanie gatunkowe smółki zapomocą metody odchylenia dopełniacza

podali

Dr. Jan Olbrycht i Dr. Maryan Gieszczykiewicz.

Celem określenia przynależności gatunkowej smółki zastosowano dotychczas*) próbę precypitynową i anafilaktyczną.

Metoda nadwrażliwości została wypróbowaną przez Leclercqa wspólnie z Lefebvrem, a później z Minetem, jednakże wyniki tych badań wykazały, że nie może ona mieć praktycznego zastosowania. Doświadczenia swoje przeprowadzali ci autorowie w ten sposób, że brali ile możności aseptycznie smółkę tuż po porodzie, mięszali z 5-krotną ilością fizyologicznego, jałowego rozczynu soli kuchennej i uczulali świnki morskie wstrzykiwaniami dootrzewnemi lub podskórnemi w różnych ilościach, wahających się od 1 do 10 cm^3. Wstrzykiwania te znosiły zwierzęta bardzo źle, bo $^3/_4$ świnek ginęło i to bez względu na ilość wstrzykniętej zawiesiny smółki. Z $^1/_4$ pozostałych przy życiu zwierząt podejmowali autorowie dalsze doświadczenia w dwóch kierunkach. W pierwszej seryi doświadczeń wstrzykiwali do serc zwierzętom w dwadzieścia dni po pierwszem wstrzyknięciu przesącz zawiesiny smółki w jałowym fizyologicznym rozczynie soli kuchennej (1:10) w ilości od 0,5 do 2 cm^3 i przekonali się, że na 20 świnek morskich tylko dwie oddziałały szeregiem objawów wstrząsu anafilaktycznego, osiemnaście zaś zwierząt dało wyniki ujemne lub niepewne.

W drugiej połowie doświadczeń celem przekonania się o swoistości odczynu wstrzykiwali zwierzętom, uczulonym smółką ludzką, rozmaite dawki surowicy ludzkiej, rozczynu kału noworodka ludzkiego, rozczynów smółki psa, kota i. t. d. W tej seryi doświadczeń nie otrzymali ani jednego typowego przypadku wstrząsu anafilaktycznego; niektóre zwierzęta przedstawiały wprawdzie obraz niepokoju, duszności, podniecenia i t. p., lecz objawy te były nietypowe i należało je raczej przypisać działaniu toksycznemu wstrzykniętych rozczynów. Wyniki tych badań przemawiają w każdym razie aż nadto dosadnie, że chociaż istnieje w zasadzie możność wywołania wstrzykiwaniami smółki wstrząsu anafilaktycznego, to jednak metoda ta jest zbyt niestałą, aby mogła mieć praktyczne zastosowanie.

Lepsze wyniki dała próba precypitynowa. Pierwsi, którym się udało otrzymać surowicę precypitującą smółkę, byli Sohma i Wilenko[2]). Brezina i Ranzi[3]) potwierdzili wyniki ich badań. Prawie równocześnie z nimi Leclercq i Lefebvre[4]) zbadali tę metodę z punktu widzenia jej praktycznego sądowo-lekarskiego zastosowania i podali dokładny sposób postępowania. Jako płynu do wstrzykiwań używali zawiesiny smółki w rozczynie fizyologicznym soli kuchennej (1:6), którą dokładnie rozcierali w jałowem naczyniu i celem zabicia ewentualnych mikrobów ogrzewali dwukrotnie w odstępach 2-godzinnych przez pół godziny do + 57° C. Rozczyn tak przygotowany wstrzykiwali kilku królikom w ilości 5 cm^3 podskórnie co trzy dni. Po szóstem zwykle wstrzyknięciu, poprzedzonem oczywista próbnem badaniem, zwierzę skrwawiali i z otrzymaną w ten sposób surowicą precypitującą nastawiali właściwy odczyn z wyciągiem ze smółki. Otrzymanie zdatnego do badania wyciągu sprawia znaczne trudności, ponieważ barwiki żółciowe, zawarte w smółce, udzielają nawet bardzo słabym rozczynom zabarwienia żółto-zielonkawego, które utrudnia odczytanie odczynu precypitynowego. Autorowie ci mieszają smółkę z 10-krotną ilością 0.85% NaCl, rozcierają, odwirowują, przesączają i tak długo ten prodecer powtarzają, aż się otrzyma ciecz zupełnie jasną, przeźroczystą, tylko bardzo słabo żółtawo zabarwioną. Dziesięć kropli tego wyciągu z dziesięcioma kroplami surowicy precypitującej dają już po kilku minutach pobytu w cieplarce przy + 37° C białawy krążek na granicy zetknięcia się obu płynów, który powoli obejmuje cały płyn i w przeciągu pół-godziny dosięga szczytu natężenia. Leclercq i Lefebvre otrzymywali dokładny wynik jeszcze w rozcieńczeniach smółki 1:50. Wyciągi ze smółki niezbyt gnijącej i nie starszej nad rok, tudzież nie wystawionej na działanie wysokiej ciepłoty, dawały także wyraźne straty. Z wyciągami z białka zwierzęcego, kałem ludzkim i płynem mózgowo-rdzeniowym nie otrzymywali Leclercq i Lefebvre odczynu dodatniego. Natomiast próba ta dawała wyniki dodatnie z innemi ciałami białkowemi człowieka (surowica, wyciąg z mięśni, wody płodowe i. t. d.).

Badania kontrolne, przeprowadzone przez jednego z nas (Olbrycht), aczkolwiek w ogólności potwierdziły wyniki badań powyższych autorów, to jednak z punktu widzenia praktycznego zastosowania nakazywały uznać tę metodę za niezbyt korzystną. Przedewszystkiem jest bardzo trudno otrzymać wysokowartościowe precypicytujące surowice dla smółki, jakie są bezwzględnie konieczne przy badaniach sądowo-lekarskich, przy których prawie z reguły rozporządza się bardzo skąpym materyałem do badania. Nam nie udało się otrzymać surowicy precypitującej smółkę o mianie wyższem, niż 1:20, które należy uznać stanowczo za nizkie. Po wtóre uzyskanie przeźroczystych wyciągów ze smółki, a tylko takie mogą wchodzić w rachubę przy odczynie precypitynowym, wymaga długich już nie przez godziny, lecz przez dni trwających manipulacyi przesączania i odwirowywania. Po trzecie ta zła rozpuszczalność i trudność sączenia smółki nie pozwala na dokładne ilościowe oznaczenie, albowiem w toku różnych manipulacyi potrzebnych, aby wyciąg uczynić przeźroczystym, traci się różne ilości cieczy albo smółki tak, że właciwie ściśle nie można oznaczyć zgęszczenia rozczynów. Wreszcie po czwarte uczulanie zwierząt zabiera zbyt dużo czasu i kosztów, czego także nie można zaliczyć do dodatnich stron metody.

Ponieważ na rozległem polu czynności lekarza znawcy niema żadnej techniki badania, któraby była tak bez zarzutu i we wszystkich przypadkach dawała się zastosować, iżby druga lub wogóle inne metody, wiodące do tego samego celu, były zbędne, chodziło o stwierdzenie, czy w rozpoznawaniu pochodzenia gatunkowego smółki, kiedy próba precypitynowa i anafilaktyczna w tej mierze swej roli w zupełności nie spełniły, nie da lepszych wyników zastosowanie metody odchylenia dopełniacza. Już z góry należało się spodziewać lepszych wyników. Przedewszystkiem przy metodzie odchylenia dopełniacza nie potrzeba zupełnie przeźroczystych wyciągów, które tak trudno uzyskać ze smółki, lecz wystarczają wyciągi wolne od grubszych domieszek, a nadto metoda ta jest, jak wiadomo, o wiele czulsza od

*) Piśmiennictwa w państwach koalicyjnych od czasu wybuchu wojny światowej nie znamy.

bezpośredniej precypitacyi. Te okoliczności skłoniły nas do wypróbowania tej metody.

Przed wykonaniem właściwych badań należało się przedewszystkiem przekonać, jak się zachowuje wyciąg ze smółki zarówno wobec krwinek jak i układu hemolitycznego. W tym celu wyciąg ze smółki, sporządzony w sposób niżej podany, nastawiono w różnych dawkach z wymiareczkowanym układem hemolitycznym i z samą 5 % zawiesiną krwinek i stwierdzono za każdym razem, że wyciąg ze smółki ani nie uszkadza krwinek, ani nie hamuje hemolizy. Wobec tego przystąpiono do dalszych badań. Jako wywoływacz służyła po kilku próbach do uodporniania zawsze tylko świeża smółka, która, jak wiadomo jest jałową. Kierowaliśmy się bowiem myślą, żeby i tak skąpych ciał białkowych w smółce nie denaturyzować czy to przez trzymanie w wyższej ciepłocie lub eksykatorze, czy to przez dodatek karbolu lub innych ciał przeciwgnilnych. Smółkę brano jałowo bądźto ze zwłok płodów (rzadziej), bądźto jałowym nożem z pieluch w ciągu 1½ dnia po urodzeniu się dziecka do jałowego naczynia. Po odważeniu rozcierano ją dokładnie przez około pół godziny w moździerzu, dodając stopniowo (nie naraz) 5-krotną ilość 0.85% rozczynu NaCl, aż uzyskano zupełnie jednostajną zawiesinę. Otrzymaną w ten sposób zawiesinę zlewano następnie do cylindra ze szklanym korkiem i przez ½ godziny wytrząsano, poczem wstawiano ją do wirówki na 20 minut przy 2500 obrotach na minutę. Osadu który powstał po odwirowaniu, nie używano, a zbierano tylko ciecz, mętną, ciemno-zielono zabarwioną, znajdującą się nad nim. Ciecz tę następnie sączono przez hartowany sączek papierowy lub podwójną bibułę pod ujemnem ciśnieniem do probówek. Przesącz ten przedstawiał się w postaci żółto-zielonej aż do ciemno-zielonej cieczy, nieprzeźroczystej, jednak wolnej od grubszych domieszek i stanowił wywoływacz. Cały ten prodecer wykonywano jałowo, używając jałowych naczyń i jałowego 0.85% rozczynu soli kuchennej. Wyciąg, w ten sposób sporządzony, wstrzykiwano dożylnie silnym królikom w ilości średnio 5—7 cm^3 w odstępach tygodniowych. Zwierzęta naogół znosiły dobrze te wstrzykiwania i poza chudnięciem stan ich zdrowia nie pozostawiał nic do życzenia. Wstrzykiwania podskórnego i dootrzewnego zaniechaliśmy, bo już po pierwszem wstrzyknięciu podskórnem królik padł, a sekcya wykazała zgorzel w miejscu wstrzyknięcia. Widocznie ciała ochronne we krwi wystarczają do zabicia drobnoustrojów jakie w wyciągu ze smółki mogą się znajdować, do wstrzykiwań jednak dootrzewnych i podskórnych trzebaby użyć wyjałowionych wyciągów, a tych z powodów dopiero co wyłuszczonych nie chcieliśmy używać. Resztę wyciągu, jaka pozostała po wstrzyknięciu, zaprawiliśmy kwasem karbolowym (na 1 cm^3 wyciągu 0.1 cm^3 5 % kwasu karbolowego w fizyologicznym rozczynie soli kuchennej) i używaliśmy go przy samym odczynie. Po trzech wstrzyknięciach następowało próbne branie krwi i jeżeli surowica odpowiadała, zwierzę skrwawiano, względnie brano z serca przez nakłucie większą ilość krwi (mniej więcej 20 cm^3), względnie jeżeli miano było za nizkie, robiono dalsze wstrzykiwania w ten sam sposób. Krew wziętą z królika przechowywano w lodowni do następnego dnia, poczem zbierano ze skrzepów surowicę i unieczynniano ją przez pół godzinne ogrzanie przy + 56°C. Przy stałej ilości tej surowicy (0,2 cm^3) nastawiano w całym szeregu rurek jałowych zmniejszające się dawki (0,5, 0,3, 0,1 cm) wyciągu karbolizowanego ze smółki w różnych rozcieńczeniach i dodawano dopełniacza. Jako kontrolę nastawiano takie same rurki bez surowicy, sam wyciąg z krwinkami i zwykłe kontrole dla poszczególnych części składowych układu hemolitycznego. Po zmięszaniu wstawiono rurki na 45 minut do cieplarki przy +37° C. Po upływie tego czasu dodawano dwuchwytnika hemolitycznego i 5 % zawiesiny krwinek, płyny wymieszano i wstawiano na godzinę do cieplarki. Wynik doświadczenia odczytywano po raz pierwszy, skoro wszystkie kontrole shemolizowały, poraz drugi następnego dnia (w około 20 godzin). Dodać jeszcze należy, że dwuchwytnika używano w dawce czterokrotnie wyższej od ilości potrzebnej do wywoływania całkowitej hemolizy, dopełniacza zaś używano w najmniejszej dawce, wystarczającej do rozpuszczania 1 cm^3 5 % zawiesiny krwinek przy użyciu jednostki hemolitycznej dwuchwytnika po półgodzinnem staniu w cieplarce przy + 37° C. Ilość ta wynosiła prawie zawsze 0.05 cm^3 świeżej surowicy świnki morskiej. Jako wskaźnik stosowano krwinki baranie trzykrotnie przemyte, dodając do każdej rurki 1 cm^3 5% ich zawiesiny. Ogólna ilość cieczy w doświadczeniach wynosiła 3 cm^3 w każdej rurce. Jako wyniki otrzymywaliśmy zahamowanie hemolizy w rurkach, zawierających wyciągi ze smółki w ilościach nie mniejszych niż 0,1 cm^3 w rozcieńczeniach od 1:15 do 1:25. Wobec tych pomyślnych wyników ze świeżą smółką, zrobiliśmy następnie cały szereg badań z wyciągami ze smółki zaschłej, różnego wieku (do 6 miesięcy), wystawionej na działanie niekorzystnych wpływów atmosferycznych lub wysokiej ciepłoty gnijącej, przerosłej pleśnią i przekonaliśmy się, że odczyn wypadał dodatnio ze smółką zaschłą, wystawioną na wpływy atmosferyczne, zwłaszcza stałe działanie słońca, przerosłą częściowo pleśnią, niezupełnie zgniłą i nie wystawioną na działanie wyższej ciepłoty niż + 110° C przez 15 minut. W innych przypadkach wyniki były zmienne, stosownie do tego, jak daleko posuniętym zmianom ulegały ciała białkowate, zawarte w smółce.

Ważną w tych przypadkach było rzeczą, czy badanego materyału było dużo, czy też skąpa ilość. W pierwszym razie otrzymywało się lepsze wyniki, coby przemawiało za tem że w większych ilościach smółki czy to gnijącej, czy też poddanej działaniu wysokich ciepłot, znajdować się mogą choćby minimalne ilości niezmienionych ciał białkowatych tak, że i w takich przypadkach nie jest metoda ta bez pewnej wartości.

Chodziło następnie jeszcze o stwierdzenie swoistości odczynu tak ważnej pod względem praktycznym sądowo-lekarskim. W tym celu nastawiliśmy w analogiczny sposób cały szereg rurek z surowicą zwierząt domowych, z surowicą ludzką, z wyciągami z kału, z mięśni i z nasienia ludzkiego i stwierdziliśmy, że odczyn z białkami zwierząt wypadał zawsze ujemnie, natomiast ciała białkowate ludzkie nawet w znacznych rozcieńczeniach dawały odczyn dodatni. Być może, że wstrzymywanie hemolizy nie przebiega tak wyraźnie i szybko (najsłabiej zaznaczona z wyciągiem z mięśni), jak ze smółką, lecz różnice są zbyt delikatne, aby mogły pod względem sądowo-lekarskim wchodzić w rachubę. Ostatecznie zatem metoda odchylenia dopełniacza przy użyciu surowicy swoistej, uzyskanej wstrzykiwaniami smółki nie daje odczynu z białkiem zwierzęcem, atoli nie jest swoistą tylko dla smółki, lecz daje wyniki dodatnie wogóle z białkiem ludzkiem. Mimowoli nasunęła się więc myśl, czy wobec tego surowica, codziennie używana przy badaniach sądowo-lekarskich plam krwawych, surowica precypitująca, nie mogłaby być zastosowaną przy badaniach smółki. Nastawiony przez nas cały szereg doświadczeń z wyciągami ze smółki świeżej jak i wystawionej na rozmaite wpływy szkodliwe przy użyciu surowicy, otrzymanej przez uczulenie królików surowicą ludzką, dał wstrzymanie hemolizy, podczas gdy płyny kontrolne bez tej surowicy zupełnie shemolizowały, podobnie jak i reszta płynów kontrolnych. Ten dodatni wynik metody odchylenia dopełniacza jest tem dziwniejszy, że czynna surowica precypitująca, uzyskana wstrzykiwaniami królikom surowicy ludzkiej (Menschenserumantiserum), nawet wysokowartościowej, nie daje odczynu precypitynowego (strątów) z wyciągami smółki. Należałoby to tłómaczyć większą czułością metody odchylenia dopełniacza. Gdy zadziałanie na siebie wzajemne wywoływacza i niwecznika nie objawia się przy bezpośredniej precypitacyi, to przy metodzie pośredniej, jaką jest odchylenie dopełniacza, daje się ono wykazać.

Na podstawie powyższych badań dochodzimy do wniosków następujących:

1) Celem wykazania przynależności gatunkowej smółki najlepiej i najprędzej wiedzie do celu ze wszystkich prób biologicznych zastosowanie metody odchylenia dopełniacza przy użyciu zwykłej surowicy precypitującej dla krwi ludzkiej. 2) Sposób ten ma te dodatnie strony, że a) zaoszczędza długotrwałego i żmudnego uczulania zwierząt wyciągami ze smółki, b) surowica precypitująca dla krwi ludzkiej znajduje się zawsze pod ręką w Zakładach medycyny sądowej, więc odczyn może być zawsze zaraz dokonany (o układ zaś hemolityczny nie trudno w każdej stacyi Wassermanowskiej), a przez to nie naraża się Sądu na zwłokę, jaka jest potrzebna przy uczulaniu królików smółką celem uzyskania swoistej surowicy, c) surowice, uzyskane wstrzykiwaniami smółki są nizkowartościowe, przez uczulanie zaś królików surowicą ludzką można łatwo uzyskać nawet bardzo wysokowartościowe surowice, jakich się zawsze wymaga przy badaniach sądowo-lekarskich.

Piśmiennictwo. 1) Leclercq i Lefebvre: Ann. d'hyg. publ. 1912, t. 17. (według Dervieuxa i Leclercqa ibidem). — 2) Sohma i Wilenko: Ztschrft f. Immunitätsforschung 1909, t. 3, zesz. 1.— 3) Brezina i Ranzi: tamże, 1910, t. 4, str. 375. — 4) Leclercq i Lefebvre: Rev. de méd. lég. 1911 (luty).

Z oddziału chorób nerwowych Szpitala powszechnego we Lwowie.

Studya z zakresu chorób układu mięśniowego

podał

K. Orzechowski (Lwów).

(Dokończenie).

Przyjmując w naszym przypadku rozpoznanie zapalenia wielu mięśni, nie taimy przed sobą, że rozpoznanie to, jako oparte wyłącznie na kryteryach klinicznych, może w braku badania histologicznego mięśni nasuwać pewne wątpliwości, których przyczyna tkwi w tem, że prawie zupełnie nie znamy dotąd obrazu klinicznego przewlekłego zapalenia wielu mięśni, wysnuwając dla braku kazuistycznego doświadczenia obraz jego poprzez analogie i domniemania z pełniejszych zasobów naszej wiedzy o ostrem zapaleniu wielu mięśni (polymyositis — dermatomyositis acuta). Oto w całej literaturze przy uwzględnieniu wyłącznem spraw uogólnionych zaledwie tych kilka przypadków zapalenia wielu mięśni o mniej więcej przewlekłym charakterze mogliśmy wyszukać:

1. Przypadek Schultzego, dotyczący 3-letniego chłopca; rozpoznanie stwierdzone przez badanie histologiczne. Okres postępowania choroby półtoraroczny. Powolny rozwój. Suchy wyprysk. Z czasem obrzęki na rękach, stopach i twarzy. Ograniczenie ruchów z powodu bolów. Przykurczenia w stawach kolanowych, skokowych i biodrowych. Ogólne obniżenie siły, szczególnie zajęte są mięśnie szyi i kręgosłupa. Bardzo szybko występują zaniki, które z czasem potęgują się i stanowią trwałą pozostałość przebytej sprawy. Odruchy kolanowe zachowane. Pobudliwość elektryczna miejscami obniżona. Badanie histologiczne wyciętego mięśnia stwierdziło śródmiąższowe zapalenie i nieznaczne ścieńczenie włókien, poza tem miąższ mięśniowy był prawie zupełnie prawidłowy.

2. Przypadek II. Fajersztajna, wykazujący cechy podostre i przewlekłe. U 22-letniego robotnika ostry rozwój wśród bolów i ograniczenia ruchów w barkach, przyczem barki miały być też obrzmiałe. Po 3 tygodniach zwolnienie. Czas trwania do śmierci 7 miesięcy. Usadowienie niedowładów jak w dystrofii o typie ramieniowo-łopatkowym. Utrudnienie połykania. Przykurczenia mięśni karku, żwaczy, najszerszych grzbietu, piersiowych, pośladkowych, skręcaczy rąk, zginaczy rąk i palców. Ruchy wszystkich odcinków kończyn zachowane, lecz odbywają się z małą siłą. Zaniki lekkie tylko w mięśniach trójgłowych i naramiennych, mięśnie te zarówno, jak dwugłowe ramion, są twardawe, zresztą mięśnie jędrne. Mięśnie nie wrażliwe na ucisk. Oddziaływanie elektryczne prawidłowe. Odruchy kolanowe zachowane, stopowe i z górnych kończyn słabe. Jako nietypowe objawy podnosi autor brak obrzmień mięśniowych, brak obrzęków i wykwitów skóry w okresie obserwacyi, brak wrażliwości mięśni przy ucisku. Dodać należy, że mimo niedowładów w mięśniach pasa obojczykowego łopatki nie odstawały. Zmiany histologiczne były ciężkie, a polegały przeważnie na zwyrodnieniu miąższu, właściwe zapalne, śródmiąższowe sprawy stwierdzono również, lecz ustępowały one na dalszy plan.

3. Przypadek III. Fajersztajna. Dziewczyna lat 14. Trwanie choroby przez 11 miesięcy. Powolny rozwój. Początek wśród bolów przedramion i kolan. Przebieg przewlekły prawie bez gorączki. Rychło po rozpoczęciu się choroby utrudnienie połykania. W 2. miesiącu wysypka płonicowata, po jej ustąpieniu łuszczenie się skóry przez cały czas choroby. Obrzęków nie było, dopiero w ostatnich tygodniach obrzęk ciastowaty lewej goleni. Bardzo wcześnie rozwijają się wybitne, rozległe i postępujące przykurczenia mięśni kończyn górnych, dolnych i szyi. Znaczny masowy zanik mięśni, stosunkowo najlepiej zachowane mięśnie rąk. Niezwykła zbitość mięśni, miejscami dochodząca do żylastej twardości. Obmacywanie mięśni sprawia dość żywy ból. Z czasem twardość mięśni staje się mniejszą, miejscami nawet zupełnie znikając, a również zmniejsza się wrażliwość mięśni na ucisk. W późniejszym okresie choroby mniej obszerne ruchy bierne i czynne są bezbolesne, a tylko usiłowania zmierzające do przezwyciężenia przykurczeń sprawiają gwałtowny ból. Wszystkie ruchy kończyn są osłabione znacznie i bardzo ograniczone, najmniej dotyczy to mięśni rąk i stóp. Także mocne upośledzenie ruchów tułowia i głowy. Odruchy ścięgniste zniesione, skórne tylko z początku zachowane. Małe obniżenie pobudliwości elektrycznej mięśni z początku, z czasem znaczne, nawet niektóre mięśnie stają się zupełnie niepobudliwe, stosunkowo lepiej jest zachowana pobudliwość nerwów. Przebieg kliniczny i obraz symptomatologiczny odpowiadał czystemu przewlekłemu zapaleniu wielu mięśni (polymyositis chronica). Badanie anatomiczne wykazało przewlekłe śródmiąższowe zapalenie mięśni ze zmianami analogicznemi mniejszego nasilenia i prawdopodobnie wtórorzędnemi w nerwach obwodowych. Przypadek więc zbliżałby się pod względem tylko anatomicznym do zapalenia nerwów i mięśni (neuromyositis).

4. Przypadek Lorenza: Przewlekły przebieg sprawy u robotnika 31-letniego z początkiem ostrym po zaziębieniu, z bolami i zesztywnieniem w karku, poczem rozwija się przykurczenie mięśni mostkowosutkowoobojczykowych. Typ zaników łopatkoworamieniowy, zaniki symetryczne, mięśnie zbite, z dru-

giej strony przerosty w mięśniach naramiennych, trójgłowych i obłych. Czynność odpowiednia do zaników. Zachowanie się elektryczne prawidłowe. Badanie histologiczne, wykonane tylko na wyciętym kawałku m. mostkowoobojczykowego wykazało łącznotkankowe zwyrodnienie przeważnej części masy mięśniowej i niezwykłe pomnożenie jąder, obejmujące wszystkie włókna mięśniowe. Nadmienić trzeba, że chory cierpiał ponadto na dawnego pochodzenia próchnienie kręgów szyjnych gruźlicze, wygojone, które zapewne było powodem przykurczenia mięśni mostkowoobojczykowych i że zmiany histologiczne znalezione mogły być z tem w związku. Autor nie wyraża jasno swego poglądu na całokształt objawów swego przypadku. Chorego uważa właściwie za dystrofika, u którego mięśnie z powodu powikłania z próchnieniem uległy niezwykłej postaci zwyrodnienia włóknistego, przypuszczając, że w innych mięśniach były tesame zmiany histologiczne, co w mięśniu badanym. Z drugiej strony uważa Lorenz za dopuszczalne pojmowanie cierpienia, jako niezwykłej postaci postępującego włóknistego zapalenia mięśni, wykazującego pewne analogie do zapalenia mięśni ze skostnieniem (myositis ossificans progressiva).

5. Przypadek Janowskiego i Wyssokowicza: 23-letnia chłopka z wrzodem żołądka. Czas trwania $^1/_2$ roku. Zajęte mięśnie kończyn i grzbietu. Bole zrazu słabe, nasilają się z czasem, przeważnie występują przy ruchu, ostatecznie czynią niemożliwem chodzenie, pracę rąk, nawet prowadzenie łyżki do ust. Także bolesność przy połykaniu i przy ruchach języka. Na twarzy silne niezwykłe zaczerwienienie, które potem ustąpiło, zostawiając po sobie zbrunatnienie. Wszędzie niemal obrzęk mały, nie pozostawiający dołka po ucisku, twardawy. Obrzęk mięśni podniebienia miękkiego. Brak odruchów ścięgnistych. Cieplota prawidłowa, dopiero ku końcowi 375—376. Śledziona powiększona. Pod koniec bóle mięśni oddechowych, połykanie zupełnie niemożliwe. Śmierć na zapalenie płuc po zakrztuszeniu. Badanie histologiczne wykazało brak zmian miąższowych, a wybitny obraz przewlekłego zapalenia międzymiąższowego (myositis interstitialis diffusa chronica).

6. Przypadek Janickego. 3-letnia dziewczyna. Obrzmienia w mięśniach mostkowosutkowoobojczykowym, trapezowatym, najszerszym grzbietu, piersiowych, mięśniach grzbietu, dwugłowych ramion, prostym brzucha. Dość szybko obrzmienia w jednych mięśniach ustępują, a w innych powstają świeżo. Anatomicznie stwierdzono wybitne zmiany miąższowe i śródmiąższowe, a także niezwykłe zgrubienia powięzi. Przypadek do końca nie obserwowany.

7. Przypadek Knoblaucha. 20-letni ślusarz, z rodziny gruźliczej. Postęp choroby bardzo powolny, stale postępujący, bez zwolnień i bez zaostrzeń. Czas trwania do pory ogłoszenia dwa lata. Brak jakiejkolwiek etyologii. Przed 2 laty wystąpiła także łuszczyca, która wnet całkiem prawie się wygoiła. Rozwój cierpienia powolny wśród utrudnienia ruchów i lekkiego ich osłabienia, naprzód w lewej kończynie górnej, potem w lewej dolnej, z czasem uogólnienie sprawy, bez bolów i bez gorączki. Na skórze były w pierwszym okresie obserwacyi tylko nieznaczne resztki łuszczycy. Stan przedmiotowy zaburzenia ruchowego: Wolne są mięśnie czaszki, szyi, karku i grzbietu, a na kończynach górnych naramienne i część mięśni małych rąk. Zajęte są zresztą w równym stopniu wszystkie mięśnie barków i kończyn górnych, i to więcej po stronie lewej niż po prawej. Na dolnych kończynach są zajęte po lewej stronie mięśnie pośladkowe częściowo, przywodziciele ud, zginacze kolan częściowo, wogóle po lewej stronie bardziej, wszystkie mięśnie lewej goleni, a wreszcie częściowo mięśnie brzucha po lewej stronie. Zaburzenie chorobowe polega więcej na utrudnieniu ruchów, niż na niedowładzie, ruchy są we wszystkich kierunkach ograniczone i możliwe tylko z wielkim wysiłkiem. Wyraźne przykurczenia. Mięśnie deskowatej twardości nawet w spokoju. Mięśnie i pnie nerwowe nie bolesne. Wszystkie odruchy głębokie zachowane. Brak zmian elektrycznych. W ostatnich tygodniach obserwacyi poczęły występować coraz nowe wykwity łuszczycowe na głowie, tułowiu i na kończynach. Na niektórych ograniczonych miejscach skóry niezwykły ciastowaty naciek, tak n. p. na skórze grzbietu między kręgosłupem a lewą łopatką. Nad mięśniami najsilniej zajętymi skóra nie daje się przesunąć na podstawie, ani ująć w fałd. Śledziona nie powiększona, brak objawów gruźlicy u chorego. Histologiczne zmiany na kawałku wyciętym z mięśnia: bardzo silne bujanie tkanki łącznej o charakterze zapalnym w omięsnej zewnętrznej i w grubszych przegrodach omięsnej wewnętrznej. Najznaczniejszym jest naciek drobnokomórkowy w sąsiedztwie naczyń. Włókna mięsne są niemal zupełnie prawidłowe. W skórze stwierdził Herzheimer tylko w skórze właściwej (cutis) drobnokomórkowy naciek pochewkowato ujmujący naczynia, a w małej ilości komórki okrągłe koło pochewek włosowych i przewodów gruczołowych.

Wytworzenie sobie poglądu na obraz kliniczny przewlekłego zapalenia wielu mięśni jest — pomijając szczupłość i niejednolitość materyału kazuistycznego — z tego także powodu utrudnione, że właściwie niewiadomo ściśle, na czem oprzeć kryterya przewlekłości. Strona histopatologiczna nie rozstrzyga tutaj, bo w przypadkach ostrych, n. p. w przypadku Senatora, bywały obecnie wyłącznie zmiany śródmiąższowe. Na razie pozostaje tylko możliwość klasyfikacyi, wychodzącej ze stanowiska klinicznego w myśl propozycyi Fajersztajna, czasem także wyniklej z kompromisowego uwzględnienia i strony klinicznej i stosunków anatomopatologicznych. Zastanowić się także trzeba, jak się odnieść do t. zw. włóknistego zapalenia mięśni (myositis fibrosa), zresztą reprezentowanego również przez bardzo skąpą liczbę przypadków. Na razie przypadki tej grupy można wyłączyć, raz dlatego, że zazwyczaj ograniczały się one do pojedynczych tylko mięśni lub małych grup, tem się różniąc od zajmującego nas tu zapalenia wielu mięśni, powtóre brakowało zwykle objawów skórnych, a wreszcie wiodły one z reguły do nadmiernego bujania zbitej bardzo tkanki łącznej w mięśniach,

jakby na podkładzie konstytucyonalnej skłonności do wyrodnienia łącznotkankowego mięśni, gdy tymczasem w przewlekłem zapaleniu wielu mięśni tworzenie się zapalne tkanki łącznej utrzymuje się w granicach umiarkowanych.

Z siedmiu przypadków, przytoczonych w naszej kazuistyce, przypadek Lorenza odpowiada jednak najprawdopodobniej dystrofii, a także wątpliwą jest bardzo rzeczą, czy należy tutaj przypadek Janowskiego i Wyssokowicza mimo charakteru znalezionych zmian anatomopatologicznych ze względu na wyłącznie podostry obraz kliniczny. Pozostaje więc tylko pięć dość pewnych przypadków z kryteryami przewlekłości zapalenia wielu mięśni, bądźto przedewszystkiem klinicznemi, bądź też klinicznemi i anatomicznemi, główne zaś różnice, wyłaniające się między nimi, a naszym przypadkiem, zasadzają się na tem, że w przypadku Schultzego postęp nie był bezwzględny, w przypadkach zaś, drugim Fajersztajna i Janickego były obok przewlekłych obecne także cechy podostre. Przypadek nasz ujawnia więc obok przypadku Knoblaucha najwybitniej cechy przewlekłości. Być może, że tem należy tłumaczyć brak obrzęków mięśni przez cały ciąg obserwacyi naszej i w klinice dermatologicznej. Jak się rzecz miała z obrzękami skóry, tak charakterystycznymi dla ostrych przynajmniej postaci zapalenia mięśni i skóry (dermatomyositis), nic pewnego nie możemy powiedzieć, bo obrzęki u naszej chorej w pierwszym rzędzie należało odnieść do liszaja*). Znaczniejsze obniżenie pobudliwości elektrycznej było w związku z dłuższym czasem trwania choroby i większem natężeniem sprawy anatomicznej. Tesame czynniki tłumaczą zarazem zniknięcie z czasem odruchów głębokich na dolnych kończynach.

Pozostaje jeszcze omówić zespolenie się w naszym przypadku choroby mięśniowej z liszajem rumieniowatym.

W przebiegu zapalenia wielu mięśni (polymyositis) zdarzają się z reguły jako współrzędna sprawa procesy patologiczne ze strony skóry, skąd też powstała druga nazwa cierpienia zapalenie mięśni i skóry (dermatomyositis). Zmiany ze strony skóry, opisane dotąd, przyczem dodać należy, że doświadczenia te obejmują niemal wyłącznie ostrą tylko postać zapalenia mięśni i skóry (dermatomyositis), mogą występować jako ograniczone zaczerwienienia skóry z gorączką, przypominające do pewnego stopnia różę, w innych przypadkach spotykano wysypki podobne do odrowych, to do płoniczych, w innych wreszcie do pokrzywkowych. Zresztą opisywano, raz różyczkę, dwa razy rumienie, kilkakrotnie wybroczyny skórne i plamy barwikowe, raz plamicę, raz wyprysk (eczema rubrum) i wreszcie raz łuszczycę w przypadku Knoblaucha, zbliżonym do naszego. Nigdy dotąd nie spostrzegano natomiast liszaja rumieniowatego. Wobec tego nasuwa się pytanie, czy mamy tu przypadkowy zbieg dwóch chorób, czy dwoistą manifestacyę tej samej lub pokrewnej sprawy chorobowej. Odpowiedzi stanowczej na tak sformułowane zagadnienie dać nie podobna, bo brak po temu materyału faktów. Sama okoliczność skojarzenia się dwóch rzadkich obrazów chorobowych nastręcza odrazu bardzo poważne podejrzenie pewnego związku liszaja rumieniowatego ze spostrzeganem przewlekłem zapaleniem mięśni, sama przez się jednak ta okoliczność niczego nie dowodzi. Natomiast poważniej za związkiem przemawia przebieg kliniczny, jeśli się zważy, że początek obu cierpień nie był zbyt od siebie odległy, przedewszystkiem zaś ze względu na jednoczesne zwolnienie i współczesność nawrotu. Inne kryterya, anatomiczne, względnie bakteryologiczne, nie mogły być w naszym przypadku wyzyskane, z góry jednak wątpimy, czy byłyby one sprawę wzajemnego związku wyświetliły, tak jak badanie histologiczne nie wyjaśniło jej w przypadku Knoblaucha kombinacyi z łuszczycą. Bo cóżby uzyskało badanie naprzykład histologiczne? Stwierdziłoby zmiany liszaja rumieniowatego, dające w skórze obraz dostatecznie znamienny, w mięśniach jednak nawet na wypadek identyczności zmian, możnaby oczekiwać zwykłych przewlekłych zmian zapalnych bez szczególnych charakterystycznych cech takich, któreby wolno było odnieść tylko do tocznia rumieniowatego (lupus erythematodes). Także z góry należy przypuścić, że badania zmierzające do ustalenia etyologii, właśnie na wypadek współrzędności sprawy w skórze i mięśniach byłyby dały wynik ujemny, jak to najczęściej bywa w liszaju rumieniowatym (zob. zestawienia Jadassohna i Lewandowskyego), a przytem naturalnie taki ujemny wynik nie upoważniałby do żadnych wniosków na korzyść rozpoznania w mięśniach procesu analogicznego do liszaja.

Możliwość wyjaśnienia problemu, zawartego w stronie klinicznej naszego przypadku okaże się w przyszłości, gdy obfitsza kazuistyka umożliwi wejrzenie w istotę powikłań ze strony narządów, a w szczególności mięśni przy liszaju rumieniowatym — pod tym względem znajomości nasze w toczniaku (lupoid) prosówkowym Boecka są jednak kompletniejsze — i gdy z drugiej strony posiądziemy pewniejsze wiadomości co do etyologii liszaja rumieniowatego. Na razie poprzestajemy na wyrażeniu w najostrożniejszej formie przypuszczenia pewnego, ściślejszego związku obu schorzeń spostrzeganych tutaj u tego samego osobnika, liszaja rumieniowatego i przewlekłego zapalenia mięśni, tem samem zaś potrącamy o analogię kliniczną tu opisanego przypadku do obrazu zapalenia mięśni i skóry (dermatomyositis), podobnie jak w poprzednio opisanym przypadku toczniaka (lupoidu) Boecka. Poza tem nie jest wykluczona analogia także etyologiczna obu naszych przypadków ze względu na to, że oddawna niektórzy autorzy, których poczet w ostatnich zwłaszcza latach rośnie, trwają przy zapatrywaniach związku, dotąd bliżej niewyjaśnionego, między liszajem rumieniowatym a gruźlicą. W oświetleniu tego poglądu nabiera pewnego znaczenia przewlekła otwarta gruźlica, stwierdzona u naszej chorej.

Na zakończenie dodaję kilka słów usprawiedliwienia z powodów, które zadecydowały ogłoszenie niniejszego przypadku. Kazuistyka przewlekłego zapalenia mięśni prawie nie istnieje, a ustalenie obrazu chorobowego właściwie nie jest nawet rozpoczęte tak, że publikacya przypadku nawet niepewnego (a niepewnymi pozostać muszą na razie przypadki niestwierdzone badaniem histologicznem), wydaje się już z tego jednego powodu

*) Tak samo trudno rozstrzygnąć, czy zmiany znalezione na podniebieniu miękkiem spowodowane były przez liszaj rumieniowaty, który może przechodzić na błony śluzowe, czy też były one zależne od procesu toczącego się w mięśniach, analogicznie do zmian na podniebieniu stwierdzanych przy zapaleniu mięśni i skóry.

poniekąd obowiązkiem. Własne ociąganie się z ogłoszeniem niniejszego spostrzeżenia z powodu braku badania histologicznego, a tem samem zupełnej pewności co do rozpoznania, naprowadziło mię na myśl, że tasama niezupełność historyi choroby była częściej przyczyną powściągania się autorów z ogłaszaniem swych przypadków, które, jak sądzić należy z wynurzeń różnych kolegów, do tak bezwzględnych rzadkości nie należą i że tu właśnie należy szukać przyczyny szczupłości kazuistyki zapalenia wielu mięśni wogóle, a zwłaszcza przewlekłego. A jednak staraniem naszem powinno być stworzenie tego obrazu chorobowego, choćby na razie o tyle problematycznego, że opartego w pewnej części na znajomości przypadków niepewnych, w których lekarz nie mógł lub nie chciał uciec się do środka rozpoznawczego bądź co bądź bardzo drastycznego, jakim jest wycinanie kawałka mięśnia i tworzenie rany mięśniowej, która przecież goi się nieraz rozległą blizną, stanowiąc pewne upośledzenie czynności i trwałe, zgoła nie tak banalne okaleczenie człowieka, i tak poważnie chorego. Był jeszcze inny wzgląd zachęcający do publikacyi niniejszej. Podobnie jak w przypadku toczniaka Boecka w skórze i w mięśniach tak i w tym także przypadku, dermatolodzy wykluczali z góry możliwość jakiegokolwiek związku istotnego między liszajem a chorobą mięśniową, doświadczenia zaś ich nauki usprawiedliwiały zupełnie to negatywne stanowisko. W przypadku toczni Boecka udało się nam przeprowadzić ściśle dowód wzajemnego związku wbrew tej apriorystycznej opinii. W przypadku obecnie ogłoszonym brak takiego ścisłego dowodu. Przytoczyliśmy tylko przykład wikłania się liszaja rumieniowatego z przewlekłem zapaleniem wielu mięśni, przytem jednak wskazaliśmy naturalnie z zastrzeżeniami na poszlaki, przemawiające za związkiem obu cierpień, więc za jednolitością obrazu i tła chorobowego. Spostrzeżenia, opisane w obu tych artykułach, powinny przeto nadkruszyć jedno z uprzedeń naukowych, zalęgłych na pograniczu dwóch działów medycyny, a powstałych może stąd, że my neurolodzy za mało znamy cierpienia skórne, a naodwrót koledzy dermatolodzy schorzenia naszego szczególnego zakresu medycyny.

Spostrzeżenie niniejsze i toczniaka prosówkowego skórnomięśniowego szeregują się po pracach polskich autorów, które w liczebnie niepokaźnej literaturze zapaleń mięśni wartością swoją wybijają się na pierwszy plan. Do prac tych należy publikacya Gluzińskiego (1885), zawierająca jeden z pierwszych opisów ostrego zapalenia mięśni i skóry (dermatomyositis). Następuje po niej praca Kadera, przynosząca interesujący pogląd na etyologię, wprawdzie nie udowodniony, lecz dotąd niezbity, nie zastąpiony lepszym i nie przestający być dotąd przedmiotem dyskusyi. Późniejsza monografia Fajersztajna z opisem klinicznym i anatomicznym własnych trzech przypadków jest najpoważniejszem źródłem literackiem dla tych, którzy się kwestyą zapalenia wielu mięśni interesują i żałować należy, że ogłoszona tylko w języku polskim nie jest zagranicą tak dokładnie znana, jak na to ze wszech miar zasługuje.

Lwów, w marcu 1919.

Literatura.

1) Durante: Anatomie pathol. des muscles. Manuel d'histol. pat. Cornil-Ranvier. Paris 1902. — 2) Fajersztajn: Polymyositis primaria. Gaz. lek. 1899. — 3) Jadassohn: Lupus erythematodes w Handb. d. Hautkr. von Mracek. Wien 1904. — 4) Janicke: Deut. m. W. 1895. Ver.-Beil. Str. 117. — 5) Janowski u. Wyssokowicz: Arch. f. klin. Med. B. 71. — 6) Knoblauch: Klinik u. Atlas der chron. Krankh. des Zentralnervensystems. Berlin, Springer, 1909. — 7) Lewandowsky F.: Die Tuberkulose der Haut w Enzykl. d. klin. Med. Die Tuberkulose. Berlin 1918. — 8) Lorenz: Die Muskelerkrankungen. Wien 1904. — 9) Lorenz: Wiener k. W. 1908. — 10) Marinesco: Maladies des muscles. Paris 1910.

Notatka słownikowa

prof. Browicza.

bezczasznosć, acrania.
włóknistość, marskość żołądka, linitis plastica, cirrhosis ventriculi.
przemoga tarczycy, hyperthyreosis (idismus).
niedomoga tarczycy, hypothyreosis (idismus).
wadliwość jakościowa tarczycy, dysthyreosis.
niwecznik, Antitoxin.
pierwotniaki płaszczowate, Chlamydozoa.
chwytnik (chem.), Chemoceptor.
pasorzyt krwi, Blutparasit.
nakłucie klatki (piersiowej) Bruststich.
szczepienie ochronne bydła, bovovaccinatio.
krwinkotwórczość napadowa, Blutkrise.
wytwórczość żółci, Biligenie.
zżeranie komórek nerwowych, neuronophagia.
niedokształt, niedotwór rdzenia, myelodysplasia.
przestwór szpikowy, Markraum.
płaskonosie, platyrhinia.
rękojeść, Pavillon (cewnika).
przesączalny, filtrierbar.
odłupanie kości, Flächenfraktur.
czoło skośne, fliehende Stirn.
wapno pogazowe, Gaskalk.
krzepliwość, Gerinnbarkeit.
teorya zrębowa, Gerüsttheorie.
wrażliwość na jady, Giftempfindlichkeit.
gleica, Gliomatosis.
podnieta, bodziec skurczowy, Kontraktionsreiz.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XVI. Posiedzenie naukowe z d. 31. maja 1918.

Przewodniczący kol. Hornowski, protokołuje kol. Demianowski. Obecnych 25.

I. Kol. Zagórski przedstawia 3 przypadki: 1) **Histerya.** 2) **Czaszka wieżowa.** 3) **Polydaktylia.**

W dyskusyi kol. Rothfeld kwestyonuje co do pierwszego przypadku, czy objawy ze strony ucha są natury histerycznej, zauważa przytem, że otyatrzy w podobnych przypadkach nie odróżniają sprawy organicznej od czynnościowej; sam zwykle w tych razach używa elektryzacyi jako sugestyi.

II. Kol. prof. Sołowij wygłasza odczyt: **Sprawozdanie z niektórych nowszych kierunków ginekologii.** W odczycie tym porusza następujące punkty: 1) Sprawę leczenia istotami promieniotwórczemi. 2) Adenomyositis uteri et recti. 3) Trichomonas w pochwie. 4) O czynnościowych zaburzeniach narządów płciowych u kobiet podczas wojny.

XVII. Posiedzenie z d. 7. czerwca 1918.

Przewodniczy kol. Hornowski. Obecnych członków 29.

I. Kol. Lenartowicz przedstawia przypadek **erythema solare** na twarzy i rękach.

Dyskusya: 1) Kol. Feuerstein mówi o możliwości wpływu gorszego odżywiania na powstawanie takich stanów. — 2) Kol. Barącz przypuszcza możliwość zadziałania w danym przypadku jakiejś maści drażniącej. — 3) Kol. Hornowski mówi o związku takich zmian na skórze z rumieniem lombardzkim (pellagra) i przypuszcza możliwość zatrucia alkaloidem zepsutej kukurydzy, którą nas teraz karmią. — 4) Kol. Lenartowicz wyklucza działanie drażniących maści i gorszego odżywiania, na podstawie zebranych dokładnych wywiadów.

II. Kol. Cieszyński przedstawia przypadek **torbieli szczękowej**.

III. Kol. Cieszyński wygłasza odczyt: **Technika wstrzykiwań do nerwu podoczodołowego w praktyce stomatologicznej, rynologicznej i chirurgicznej** (z demonstracyami).

W dyskusyi zabierali głos: 1) Kol. Schramm zaznacza, iż sposób opisany przez kol. Cieszyńskiego znieczula zbyt mały kawałek skóry, dlatego też dla chirurga lepsza jest metoda Payra znieczulania przez oczodół i szczelinę oczodołową dolną.— 2) Kol. Barącz podnosi zalety metody Cieszyńskiego, osobliwie do leczenia rwy nerwu podoczodołowego. Zastosowanie tej metody nie będzie się jednak nadawać do znieczulania przy wykonywaniu większych zabiegów rynologicznych, jak wyłuszczenie nosa, czasowa resekcya nosa, wyskrobanie jamy nosowej, operacye na kości sitowej, operacye przysadki mózgowej, usunięcie polipów nosowogardłowych i w. i. Przy takich zabiegach nietylko są potrzebne zazwyczaj obustronne wstrzykiwania do dośrodkowej części oczodołu celem znieczulenia nerwów sitowych, ale należy także znieczulać całą drugą gałąź nerwu trójdzielnego znacznie głębiej tuż przy wyjściu z otworu okrągłego, najlepiej perineuralnie metodą Matasa. Długą, cienką igłę wkłuwa się na dolnym wyczuwalnym kącie łuku jarzmowego i prowadzi dośrodkowo i ku górze przez mięsień żwacz do wyrostka szczękowego, później po jego tylnej powierzchni aż do skrzydeł kości klinowej i fossa pterygopalatina do głębokości 5—6 cm. Tam wstrzykuje się około 5 cm $1/2\%$ rozczynu nowokainy z dodatkiem adrenaliny. Metoda ta jest pewniejszą niż droga podana przez Payra, gdyż powstające w oczodole krwiaki mogą wywołać ucisk na nerw wzrokowy. Wreszcie uważa Barącz wyjałowienie strzykawki zapomocą jednorazowego wygotowania jej i przechowywania w alkoholu jako niedostateczny sposób wyjaławiania i radzi gotować tak strzykawkę jak i igłę bezpośrednio przed każdym zabiegiem. (Autoreferat).

3) Kol. Zalewski uważa metodę kol. Cieszyńskiego za nadającą się dla zabiegów rynologicznych, ostrzega jednak przed stosowaniem zbyt dużych dawek adrenaliny.

4) Kol. A. Gluziński nie zgadza się z poglądem, aby adrenalina, w zwykle stosowanych dawkach, a tembardziej małych (1 kropla rozczynu 1:1000) mogła wywoływać zapad. Winną tu jest nowokaina, na którą wiele osób jest bardzo wrażliwych, jednak nie adrenalina.

5) W odpowiedzi kol. Cieszyński zaznacza, iż nie chce metodą swoją konkurować z wstrzykiwaniami do otworu okrągłego. Każdy rodzaj zastrzykiwań ma swoje wskazania. Wstrzykiwanie do otworu okrągłego nie jest zabiegiem zawsze bezpiecznym, dlatego też należy je wtedy tylko stosować, gdy nie uda go się uniknąć, — drobne zaś zabiegi doskonale dają się wykonywać przy wstrzykiwaniach do nerwu podoczodołowego. Dawki adrenaliny, które stosuje u swoich chorych, są jak najmniejsze, ze względu na spostrzeganą przez prelegenta wrażliwość niektórych osób na adrenalinę, — im wolniej ją wstrzykiwać, tem jest lepiej. Technika wstrzyknięć perineuralnych nie zupełnie jest precyzyjna, zresztą zawsze jest dążenie do wstrzykiwań endoneuralnych, tylko że nie zawsze się one udają.

XVIII. Posiedzenie naukowe z d. 14. czerwca 1918.

Przewodniczący kol. Hornowski, protokołuje kol. Demianowski. Obecnych 29.

I. Kol. prof. Machek, omawia **obrażenia wojenne oczu.** Dzieli wszystkie okaleczenia oczne na 4 grupy: 1) skaleczenia powiek; 2) powierzchowne skaleczenia gałki ocznej (tu uwydatniają się 2 grupy: skaleczenia dynamitem i prochem strzelniczym); 3) ciała obce wchodzące głęboko w gałkę oczną; 4) wielkie ciała obce, sprowadzające pęknięcia gałki ocznej (o ile nie niszczą odrazu oka); kula przechodzi z przodu ku tyłowi (zazwyczaj te przypadki kończą się śmiercią).

II. Kol. Lenartowicz przedstawia: **Lichen ruber accuminatus** (leczony arsenem pod formą neosalwarsanu i pigułkami azyatyckiemi.

III. Kol. Szumowski wygłosił odczyt: **Organizacya medyczna w rosyjskim samorządzie ziemskim.**

W dyskusyi przemawiali: kol. Stenzel, kol. prof. Zaleski, kol. Müller.

XIX. Posiedzenie naukowe z d. 21. czerwca 1918.

Przewodniczący kol. Hornowski, protokołuje kol. Demianowski. Obecnych 29.

I. Kol. prof. Cieszyński i kol. Aleksiewicz przedstawiają przypadek **krzywej szyi** leczony metodą ortopedyczną.

II. Kol. prof. Sołowij omawia przypadek **ciąży zewnątrzmacicznej międzyblaszkowej** (mechanizm i los takiej ciąży).

III. Kol. prof. Sieradzki wygłasza referat **w sprawie reformy studyów lekarskich.**

W dyskusyi przemawiali: kol. Zaleski za uwzględnieniem w 5-letniem studyum antropologii i psychologii; kol. Bocheński za uwzględnieniem rentgenologii; kol. Demianowski za uwzględnieniem psychologii i psychopatologii; kol. Szumowski w sprawie uzupełnienia studyów lekarskich filozofią medycyny, psychologią i etyką lekarską; kol. Cieszyński w sprawie studyum przygotowawczego. Nadto przemawiali jeszcze: kol. Opieński i Hornowski.

XX. Posiedzenie naukowe 26. czerwca 1918.

Przewodniczący prof. Hornowski, protokołuje kol. Demianowski. Obecnych 17.

I. Prof. Cieszyński przedstawia przypadek **rwy nerwu trójdzielnego** II i III gałązki.

II. Prof. Cieszyński: **Rozszczepienie szczęki górnej i poprawa** czynności fizyologicznej **zatykadłem.**

III. Dr Weigel wygłasza odczyt: **Badania nad zarazkiem duru osutkowego.**

W dyskusyi zabierali głos: 1) Kol. Nowicki, który omó-

wił pokrótce badania anatomopatologiczne co do duru plamistego, jakoteż zwrócił uwagę, iż pasorzyty znajdowano w komórkach Kupferowskich, gwiaździstych wątroby. — 2) Kol. Szumowski wskazał na referat zbiorowy Dr Modrzewskiego, w którym ujęte są wszystkie wyniki badań nad durem plamistym w czasie wojny na podstawie piśmiennictwa angielskiego, francuskiego i rosyjskiego. — 3) Przewodniczący zamykając posiedzenie podziękował prelegentowi za nader ciekawy odczyt, zawierający tyle nowych rozstrzygnięć co do wyjaśnienia sposobu przenoszenia zarazka tytusu plamistego na człowieka, co stanowi poważny plon prac prelegenta.

Wiadomości bieżące.

— Ministeryum zdrowia, celem zwalczania epidemii duru plamistego, opracowało szeroki plan działania. Ma być utworzony centralny komitet złożony z przedstawicieli ministeryum zdrowia publicznego, spraw wewnętrznych i wojny oraz przedstawicieli społeczeństwa. W każdem mieście, gdzie jest siedziba okręgowego urzędu zdrowia, tworzy się okręgowy komitet obywatelski, złożony z dyrektora okręgowego urzędu zdrowia, przedstawicieli duchowieństwa wszystkich wyznań, posłów sejmowych, prezydenta miasta, techników, przedstawicieli obywatelstwa wszystkich warstw i wyznań. Okręgowe komitety organizują powiatowe komitety obywatelskie. Wreszcie w każdem mieście, miasteczku, osadzie i wsi tworzą się miejscowe komitety obywatelskie. Zadaniem tych ostatnich jest kontrola nad odwszawianiem danej miejscowości i ludności.

Budżet tej organizacyi wynosi na przeciąg 3 miesięcy olbrzymią sumę 64 miliony mk.

Ministeryum zdrowia liczy, iż po przeprowadzeniu tych zamierzeń epidemia tyfusu zmniejszy się znacznie. Zupełne stłumienie zarazy wymaga kosztów jeszcze większych i pomocy państw sprzymierzonych.

W dalszej pracy ministeryum zamierza dążyć do rozciągnięcia całej akcyi tłumienia epidemii na szereg sąsiadujących z nami państw. Jeżeli bowiem wytępimy zarazę u siebie bez takiejże akcyi wśród sąsiadów, będziemy wciąż narażeni na dalszy przypływ nowych wypadków chorób epidemicznych z zewnątrz. Z tego powodu ministeryum zamierza stworzyć międzynarodową komisyę z siedzibą w Warszawie, któraby pilnowała ogólnego kierunku walki we wszystkich państwach zainteresowanych.

— Choroby zakaźne w Łodzi od 5. X. do 11. X. 1919: dur plamisty 7, dur brzuszny 27 († 2), dur powrotny 1, czerwonka 24 († 4), płonica 27 († 10), nagm. zapal. opon mózg. 2 († 1), róża 2.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Kazimierz Majewski.

Nadesłane.

L. dz. 6131/19. I.

OGŁOSZENIE.

Wydział Zdrowotności Publicznej niniejszem rozpisuje konkurs na stanowisko lekarza miejscowego w szpitalu w Radgoszczu z pensyą mk. 500 miesięcznie wraz z całkowitem utrzymaniem, mieszkaniem, opałem i światłem.

Oferty wraz z curiculum vitae należy nadsyłać do biura Wydziału Zdrowotności Publicznej, ul. Nowy Rynek Nr 1. na imię przewodniczącego Wydziału Dr Fr. Koziołkiewicza do dnia 25. października b. r.

251 Magistrat m. Łodzi.



Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.